

Depressio sine depressione

Remission einer „frontotemporalen Demenz“



© Ringhofer

Prof. Dr. Peter Fischer

Zusammenfassung: Die folgende Kasuistik beschreibt eine Patientin mit erstmaliger depressiver Episode mit Beginn im 69. Lebensjahr, die bei dissoziativen Phänomenen im Bereich der Atmung, des Sprechens und der Motorik als frontotemporale Demenz diagnostiziert wurde und schließlich durch antidepressive Pharmakotherapie vollständig remittierte.

Summary: A single case of late-onset depression, which has been masked by chronic hyperventilation, inappropriate vocalisations, and parkinsonoid gait disturbance, is described. This female patient was misdiagnosed as suffering from frontotemporal dementia.

Der Erstkontakt erfolgt, als die 70-jährige Patientin* auf Betreiben ihrer Familie neuerlich aufgenommen wird. Sie war zwölf und zehn Monate zuvor wegen einer seit vier Monaten beobachteten Wesensänderung an einer neurologischen Abteilung stationär und mit der Diagnose frontotemporale Demenz entlassen worden. Die einstündige Exploration mit der Patientin ge-

staltet sich schwierig. Die Patientin scheint zu stottern, weil der Redefluss immer wieder durch hochfrequente Kurzatmigkeit, die von stöhnenden Geräuschen begleitet ist, unterbrochen ist. Dieses stöhnende Hecheln wirkt auf den Untersucher dissoziativ, weder gewollt noch gespielt und auch nicht beeinflussbar. Die Patientin ist allseits orientiert, der Duktus kohärent, jedoch benötigen einzelne Sätze Minuten, um verständlich geäußert zu werden und erfordern vom Untersucher viel Geduld. Die Wortfindung ist anscheinend nicht beeinträchtigt, auch die Aufmerksamkeit scheint stabil und kann willentlich gerichtet und wieder abgezogen werden.

Die Patientin wirkt unkonzentriert, durch ihre Sprech- und Atemprobleme sehr behindert und darauf fixiert. Gefragt zu Freud- und Interessensfähigkeit gibt sie an, dass sie alles freuen würde, wenn sie nur wieder normal atmen und reden könnte. Dann setzt sie hinzu: „Ich darf ja

Die Patientin suchte nach einer somatischen Ursache ihrer Befindlichkeits-, Appetit- und Schlafstörung und leugnete jegliche psychische Ursache der Beschwerden.

nicht einmal mehr Auto fahren, wie soll ich mich da über irgendetwas freuen.“ Auch gibt sie an, früheren Interessen wegen ihres körperlichen Zustands nicht mehr nachgehen zu können. Sie könne keinen Sport mehr ausüben, auch das Zeitung lesen oder Fernsehen würde sie nun sein lassen. Gefragt nach ihrer Stimmung, besteht sie vehement darauf, nicht depressiv zu sein, sagt aber später sehr wohl, wegen ihrer Diagnose und wegen ihrer Atem- und Sprechprobleme verzweifelt zu sein und sich als Belastung für ihren Freundeskreis zu empfinden. Die Patientin ist im positiven Skalenbereich überhaupt nicht, im negativen kaum affizierbar. Der Antrieb wird subjektiv als nicht beeinträchtigt angegeben, vom Pflegepersonal muss die Patientin jedoch zur Einhaltung des Zeitplans der Station wiederholt aufgefordert werden. Das Pflegepersonal beobachtet auch eine Besserung in Atmung, Sprache und Verhalten in den Abendstunden.

In den letzten 14 Monaten hätte die Patientin von 56 auf 43 kg abgenommen. Sie wirkt kachektisch, fast anorektisch (BMI 15,6). Seit 14 Monaten bestünden schwere Durchschlafstörungen bis hin zur fast völligen Schlaflosigkeit, jedoch würde die Patientin abends immer schnell einschlafen können. Seit dem Tod des Mannes vor sechs Jahren verwendet die Patientin zum Einschlafen zuerst eine ¼ nach zwei Jahren eine ½ und nun seit einem Jahr eine ganze Tablette Halcion® (Triazolam 0,25 mg). Die Patientin verneint jegliche Suizidgedanken oder Todeswünsche vehement. Schuldgefühle oder gar wahnhaftige Gedanken oder Halluzinationen bestanden nie, auch scheint das Selbstwertgefühl nicht beeinträchtigt.

Die Patientin gibt eine hochgradige innere Unruhe an, die offenbar auch zu gesteigerter Psychomotorik führt. Sie geht die meiste Zeit des Tages hechelnd und stöhnend auf der Station herum, wirkt da-

bei zappelig und parkinsonähnlich kleinschrittig. Im neurologischen Status bestehen keinerlei Halbseitenzeichen, keinerlei Rigor, keine Akinesie und kein Tremor. Auf Befehl ist auch weit ausschreitender Gang möglich und so wird auch bezüglich der Motorik eine dissoziative Bewegungsstörung für möglich erachtet.

Auffällige Affektlage und Ängstlichkeit bei der Anamnese

Die Nichtraucherin, die auch praktisch nie Alkohol getrunken hat, war bis zur Pensionierung mit 65 Jahren Prokuristin eines mittelgroßen Unternehmens. Leider starb ihr Mann nach angeblich glücklicher, kinderloser Ehe vor nun mehr sechs Jahren. Sie fand sich jedoch danach auch allein gut zurecht, gibt einen großen Bekanntenkreis und zahlreiche Hobbys und kulturelle Aktivitäten an. Der Stiefsohn würde sich sehr um sie kümmern. Die Patientin kam vor

¹ Vorstand der Psychiatrischen Abteilung, Forschungsgemeinschaft Wien-Donaustadt, SMZ-Ost Wien

* Lebensgeschichtliche Details der Patientin wurden gemeinsam mit ihr verändert.

14 Monaten von einer mehrwöchigen Chinareise mit Freundinnen nach Wien zurück. Etwa zwei bis drei Wochen später kam es innerhalb weniger Tage zu Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und den oben beschriebenen chronischen Hyperventilationen, die auch das Sprechen störten. So wurde sie einige Monate später wegen hoch auffälligem „verwirrtem“ Verhalten aus der Innenstadt mit der Rettung an die neurologische Abteilung gebracht.

Bei unauffälligen Blutbefunden und unauffälligem Liquorbefund wird bei der Patientin aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung („Perseverationen, sprachliche Veränderungen, Dysexekutivsyndrom, Verhaltensauffälligkeiten“) trotz eines nur geringgradig auffälligen FDG-PET-Befundes, eine frontotemporale Demenz diagnostiziert. Im neuropsychologischen Befund wird allerdings auch erwähnt, dass eine auffällige Affektlage und Ängstlichkeit besteht und sich die Patientin Sorgen macht. Dies wurde nicht detailliert untersucht, vermutlich da die Zuweisung lautete: „unklare kognitive Veränderungen, Wesensveränderung“. Auch muss erwähnt werden, dass die neuropsy-

chologische Testung am selben Tag nach der EEG-Untersuchung und der Lumbalpunktion, die einen unauffälligen Befund ergab, erfolgte. Die Patientin erinnert beim Lesen dieses Fallberichts, wie fertig sie an diesem Tag bei der Testung war. Die Patientin wurde mit einer Tablette Trittico® ret. (Trazodon 150 mg) abends, einer Tablette Halcion® (Triamzolon 0,25 mg) abends und 10 mg Abilify® (Aripiprazol) morgens entlassen.

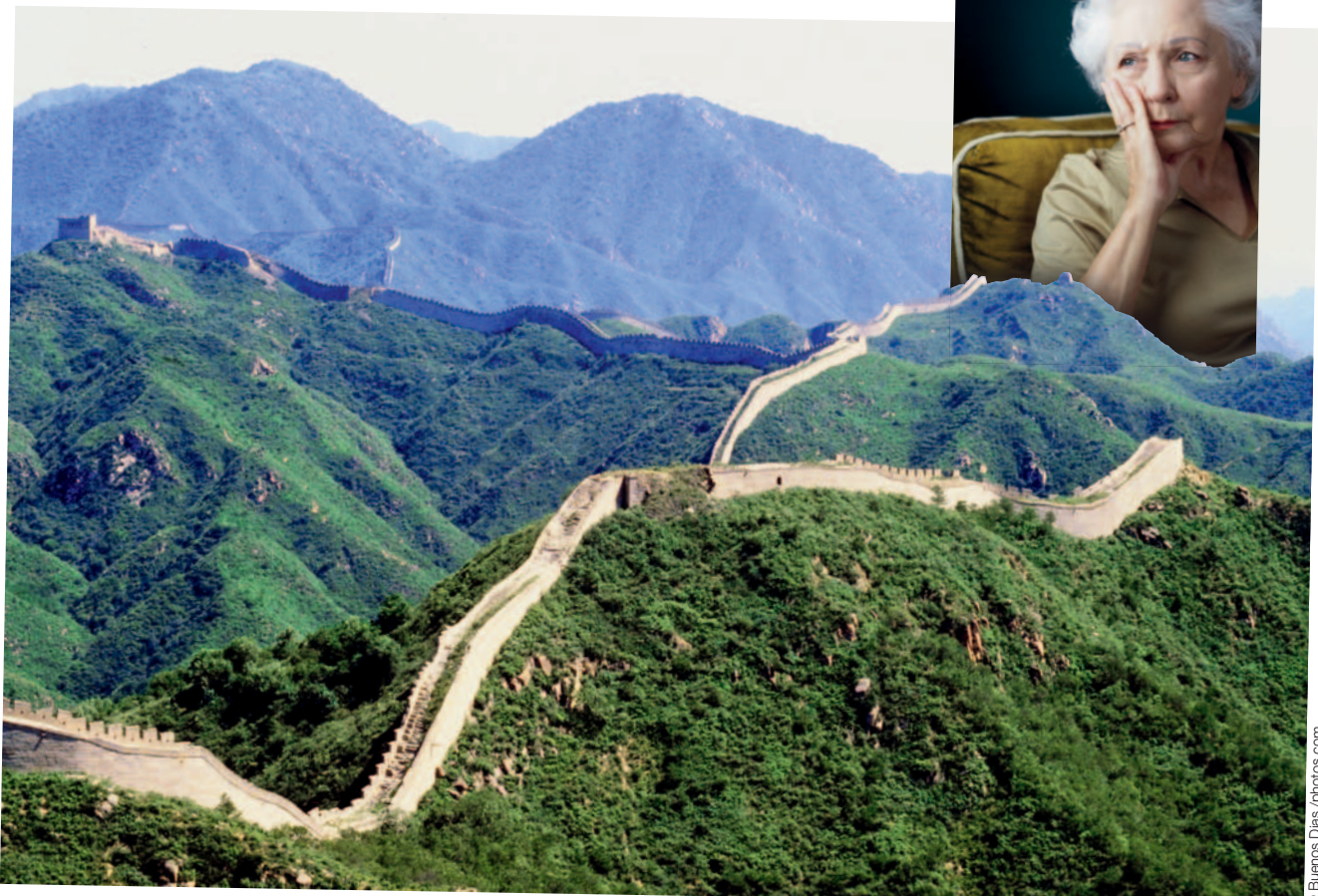
Weiterer Verlauf

Auch an der psychiatrischen Abteilung wird nach ICD-10 zuerst keine Depression diagnostiziert, wenn auch ohne subjektiver Verstimmung und Freudlosigkeit eine massive Schlafstörung und Appetitstörung, eine massiv herabgesetzte Befindlichkeit und fehlende Affizierbarkeit im positiven Skalenbereich festgestellt werden. Eine Wiederholung des FDG-PET etwa ein Jahr nach der ersten PET-Untersuchung zeigt keinerlei Hinweise auf frontotemporale Demenz. Die kraniale Magnetresonanztomographie mit auch koronarer Schichtung zeigte eine normale Weite der

Temporalhörner und symmetrisch unauffällige Hippocampusformationen bei auch sonst fehlendem Atrophiemuster.

Eine neuropsychologische Untersuchung zeigt einen unauffälligen Mini-Mental-State (29 von 30) und Uhrentest (9 von 9), sowie deutlich überdurchschnittliche Gedächtnistestwerte. In einer Aphasietestung, die wegen der Hyperventilation und Sprechstörung schwer durchzuführen war, konnte keine Aphasie, insbesondere auch keine semantische Aphasie diagnostiziert werden. Im Token-Test wurde kein einziger Fehler festgestellt, in allen anderen Subtests des Aachener Aphasietests wurden leicht bis mittelgradig unterdurchschnittliche Befunde erzielt, sodass eine Restaphasie für möglich gehalten wurde. Eine HNO-Konsiliar-Untersuchung zeigte bis auf einen leicht herabgesetzten Würgreflex keine Auffälligkeiten und eine logopädische Begutachtung zeigte keine logopädisch angehbare Störung.

Nach Durchuntersuchung wurde bei der Patientin bei fraglicher Depression mit



© Buencos Dias / photos.com

Nach der Rückkehr von einer mehrwöchigen Chinareise kam es bei der Patientin zu Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und chronischen Hyperventilationen, die auch das Sprechen störten.

einer antidepressiven Therapie mit 100 mg Tresleen® und 30 mg Mirtazapin *ex juvantibus* begonnen. Innerhalb von 14 Tagen besserte sich das Zustandsbild der Patientin dramatisch. Die Atmung normalisierte sich vollständig, auch die expressive und rezeptive Sprache wurde vollkommen klar und unauffällig. Die Stimmung der Patientin wurde gelassen heiter und der Antrieb veränderte sich dramatisch. Die Patientin ersuchte nun um hochkalorische Ernährung und begann mit täglichen, langen Einheiten am Zimmerfahrrad, um Muskeln für geplante sportliche Aktivitäten aufzubauen. Auch das zappelige Gangbild verschwand, von Unruhe oder Agitation keine Spur mehr.

Diagnostische Überlegungen

Retrospektiv kann eine depressive Episode nach ICD-10 und DSM-IV diagnostiziert werden, weil von der Patientin die Stimmungsbesserung, Antriebsbesserung und Besserung der Freudfähigkeit und Interessenslage unzweifelhaft festgestellt werden. Wie viele andere Patienten und Patientinnen suchte die Patientin nach einer somatischen Ursache ihrer Befindlich-

keits-, Appetit- und Schlafstörung und leugnete jegliche psychische Ursache der Beschwerden. So wurde ihr diese somatische Erklärung ihrer Probleme mit der Diagnose einer frontotemporalen Demenz auch gegeben. Bei dieser Diagnose wurde die Anamnese mit dem plötzlichen Beginn zu wenig berücksichtigt.

Diese Kasuistik zeigt die Abhängigkeit der neuropsychologischen Diagnostik von der jeweiligen Zuweisungsdiagnose.

Die psychogene Hyperventilation, die von stöhnenden Geräuschen begleitet war, die Sprechstörungen und die theatrale Agitation mit zappeligem kleinschrittigem Gangbild entsprachen wahrscheinlich Konversionssymptomen, die in der Ich-Schwäche der Depression nicht kontrolliert werden konnten, an die Oberfläche kamen und die depressive Symptomatik entscheidend maskierten. Vor den heute üblichen Bezeichnungen maskierte oder larvierte Depression wurden solche klinischen Bilder auch als *depressio sine depressione*, also als „Depression ohne depressive Verstimmung“ bezeichnet. Nach

Abklingen der Depression ergaben sich in der Exploration nur diskrete Hinweise auf histrionische Persönlichkeitszüge.

Auch zeigt diese Kasuistik die Abhängigkeit der neuropsychologischen Diagnostik von der jeweiligen Zuweisungsdiagnose. Wenn nach kognitiven Störungen und Symptomen der Verdachtsdiagnose

„frontale Demenz“ gesucht wird, wird die Achse der Affektivität nicht gleichermaßen genau beurteilt. Die affektiven Symptome der Depression werden von Patienten mit im Vordergrund stehender Störung der Befindlichkeit im subjektiven Krankheitsmodell der Patienten häufig geleugnet. ■

Korrespondenz

Prof. DDr. Peter Fischer
Psychiatrische Abteilung Donauspital / SMZ-Ost
Langobardenstraße 122
1220 Wien
E-Mail: p.fischer@wienkav.at